



## **PROGRAMA DE ALCOHOLISMO**

**FUNDACIÓN INSTITUTO SPIRAL**



## **ÍNDICE**

- 1. Introducción**
- 2. Objetivos**
- 3. Conceptualización**
- 4. Instrumentos para la Evaluación Psicosocial**
- 5. Planos de intervención**
- 6. Desintoxicación y tratamiento médico**
- 7. Deshabitación**
- 8. Psicoterapia individual**
- 9. Intervención grupal**
- 10. Intervención psiquiátrica**
- 11. Plan de terapia familiar y sociorrelacional**
- 12. Repertorio de Actividades**
- 13. Repertorio cronológico de la Psicoterapia Grupal**
- 14. Evolución del cambio psicológico en el Alcohólico**

## 1. INTRODUCCIÓN

El alcohol forma parte de nuestras vidas y costumbres. Su consumo es habitual, todo el mundo bebe, de ahí que resulte difícil valorar o aceptar cuando representa un problema. El alcoholismo no sólo lo determina la cantidad de alcohol que se bebe sino los problemas generados por la bebida, aunque se beba poco.

El alcoholismo trasciende a la drogodependencia para ocupar un espacio nosológico propio. Se trata de una enfermedad con una alta mortalidad: unos diez mil fallecimientos al año pueden ser atribuidos directa o indirectamente al alcohol en España. Pero también, se trata de una enfermedad social cuya onda expansiva reverbera continuamente sobre el sistema político, judicial, familiar, etc. Además se considera que el alcohol es una puerta de entrada hacia otras drogas. Por tanto, se podría decir que éstas y otras razones que se abordarán más adelante justifican por sí mismas una atención más específica y una visión más amplia de "los alcoholismos".

Fundación Instituto SPIRAL viene desarrollando desde hace años una intensa y pionera labor de investigación y tratamiento del alcoholismo y de otros tipos de adicciones. Entre 1.978 y 1.980, desde el Dispensario Antialcohólico de Palencia se trabaja en prevención primaria, secundaria y terciaria del alcoholismo, publicándose los primeros trabajos en las Jornadas de Socidrogalcohol de Valencia, estrenándose allí mismo un film sobre alcoholismo utilizable en campañas divulgativas y de captación de afectados que da lugar a un trabajo titulado "Prevención primaria pragmática del alcoholismo".

Paralelamente se han organizado además numerosas charlas, conferencias, cursos, jornadas y encuentros cuyos resultados demuestran que actuaciones de este tipo sirven para inculcar la importancia sanitaria de esta droga de consumo social tanto en profesionales como en el público en general.

## 2. OBJETIVOS

El **objetivo general** es la intervención terapéutica con personas que sufren problemas relacionados con el consumo de alcohol. Por las características del centro, el espectro de dicha intervención será fundamentalmente de atención secundaria y terciaria, por lo cual uno de los objetivos esenciales del programa será restituir o paliar las secuelas psicomédicas y sociofamiliares que sufra el paciente.

### 3. CONCEPTUALIZACIÓN

El alcoholismo debe entenderse dentro de un marco médico general que incluya los aspectos psicológicos y sociales del concepto. Así, la OMS define la salud como "un estado de bienestar completo, físico, psíquico y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o de invalidez". San Martín y cols. en 1988 hablan, además, de tres componentes a considerar en el concepto de salud: un componente subjetivo (bienestar), otro objetivo (capacidad para la función) y un tercero de tipo psico-ecológico-social (adaptación biológica, mental y social del individuo).

La inclusión del alcoholismo en un marco médico-científico general se justifica por varias razones, a saber: establecimiento de un ámbito científico-técnico ya enraizado, base orgánico-genética contrastada por la investigación. Abordar el problema con un enfoque terapéutico implica hablar de salud y enfermedad (aunque no necesariamente como compartimentos estancos) y el modelo médico no implica soterramiento de otros planteamientos. Así, el rol de "enfermo" - aunque devenga en etiquetado social por una parte y disolución de responsabilidad por otra - también supone como aspecto positivo la toma de posicionamiento por parte del sujeto para adoptar medidas encaminadas a soluciones profesionales (con lo que supone buscar un tratamiento basado en la normatividad) y no a soluciones morales.

De igual modo debe considerarse que el alcoholismo implica una disfunción psíquica que debe entenderse como segregada del plano médico, si bien es compatible con su integración en el marco teórico médico-general del que se ha hablado con anterioridad. Así, se mantendrá una actitud terapéutica en cuanto a lo psicológico que ni lo reduzca a lo fisiológico ni lo transforme en dualidad, sino que se proyecte en términos de relación entre ambos planos. En esta línea, cualquier noción de normalidad y anormalidad pasaría por el reconocimiento de las preferencias de los organismos, de su "aptitud valorativa". La enfermedad desde un punto de vista psicológico sería un obstáculo para una o varias funciones o estrategias psicológicas, la enfermedad se plantea entonces como un problema de adaptación ya que el organismo ha de adquirir nuevas estrategias al no ser posibles ya las anteriores. Cualquier situación problemática ocasionada por el cambio de los procesos físicos usados en las estrategias de un organismo plantea a nivel psicológico un problema de adaptación, un problema más o menos grave según lo difícil que sea reemplazar en las nuevas condiciones las estrategias afectadas.

Los criterios para el diagnóstico positivo de la enfermedad corresponden, en esencia, a los establecidos por la APA (1994) para el abuso, dependencia, intoxicación y abstinencia por consumo de sustancias. Se considera que el uso normalizado de alcohol se distribuye de forma más o menos uniforme en la población general, existiendo además un alto porcentaje de personas que han tenido experiencias negativas en relación con el consumo de alcohol lo cual les ha llevado<sup>4</sup>

a controlar el consumo.

Tanto para la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 1994) como para la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1992), la dependencia se podría resumir en los siguientes aspectos: aparición de los fenómenos de tolerancia y abstinencia. La ingesta de alcohol supera en cantidad o en tiempo lo planificado inicialmente por el sujeto (escapa a su control), deseo irresistible de consumo sin éxito para reducirlo o controlarlo, aumento del tiempo dedicado a actividades relacionadas con la bebida y por ende, reducción de tiempo dedicado a otras actividades sociales. Asimismo, se continúa consumiendo alcohol a pesar del conocimiento de las repercusiones negativas que acarrea. La OMS incluye además un criterio referente a la querencia o deseo de consumo (*craving*).

#### **4. INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN PSICOSOCIAL**

El programa cuenta con instrumentos evaluativos varios: protocolos de bebida, tests de despistaje como el IDS-100 (inventario de situaciones de bebida) y SQC-39 (cuestionario de confianza situacional), MALT (test de alcoholismo de Munich), MAST (test de discriminación de alcoholismo de Michigan), perfil de bebida, etc.

Entre los marcadores biológicos o indicadores de enfermedad alcohólica, los parámetros más utilizados son los niveles séricos de transaminasas oxalacética y fenilpirúvica (GOT y GPT), y especialmente la gamma glutamil transpeptidasa (GGT), el volumen corpuscular medio (VCH) y la transferrina deficiente en carbohidratos (CDT).

Tabla 1.- Instrumentos para la Evaluación Psicosocial.

NIVEL DE EVALUACIÓN	FUNCIÓN	INSTRUMENTO	REFERENCIA
1º.- BÁSICO	1)DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA  2)HISTORIA DE ALCOHOLIZACIÓN	P B A (Protocolo Básico de alcoholismo)	Fundación Instituto Spiral (FIS, 1997)
2º.- BÁSICO	4)DIAGNÓSTICO	CAGE  MALT  Sistema SCAN(CIE-10)  Sistema SCID-II (DSM-III-R)	Ewing, 1984/Adaptado Por PRD, 1994  Feuerlein y cols., 1979/Adaptado por Rodriguez –Martos, 1987  OMS, 1992 APA, 1990
3ªa.-COMPLEMENTARIO	5) DETERIORO COGNITIVO	MMS	Folstein y cols., 1975
3ºb.- OPCIONAL (SOLO SI EL PAB Y LOS INSTRUMENTOS DIAGNÓSTICOS FUERAN INSUFICIENTES)	6) GRAVEDAD	Europ-ASI	McLellan y cols., 1980/Adaptado por Bobes y Cols., 1994
3ºc.- COMPLEMENTARIO (CONDICIONADO A LA EXISTENCIA DE COMORBILIDAD)	7) T. DUALES O PROBLEMAS NEUROPSIQUIÁT. ASOCIADOS	BPRS HAMILTON STAI	Overall y Gorham, 1962 Hamilton, 1959-1967 Spielberger y cols., 1983

4º.-OPCIONAL (CONDICIONADO AL PERFIL DEL PACIENTE)	8) BÚSQUEDA DE SENSACIONES, LOCUS DE CONTROL, CALIDAD DE VIDA, ENTORNO SOCIAL Y FAMILIAR	SSS(EBS-V)  HLC INDICE SAVAGE- BRITTON  FES DARP-M	Zuckerman, 1979/ Adaptado por Pérez y Torrubia, 1986 Jenkinson y cols., 1993 Savage y Britton, 1967/ Adaptado por J.L. González, 1991  Moos, 1984 Adaptación FIS
--	---	---	--

## 5. PLANOS DE INTERVENCIÓN

El tratamiento de la enfermedad alcohólica puede parecer sencillo cuando se guardan las precauciones oportunas y se coordina bien la asistencia. De igual manera, puede conducir al fracaso si se somatiza en exceso o no se evalúa bien el caso. Por ello, y necesariamente, la intervención integral se extenderá a lo siguiente:

- **Desintoxicación:** eliminación de los efectos orgánicos del alcohol.
- **Tratamiento médico:** si hay complicaciones orgánicas o disfunción somática.
- **Psicoterapia:** principal instrumento terapéutico que suele hacerse a nivel individual y grupal.
- **Terapia unifamiliar:** para reequilibrar y reforzar los vínculos familiares.
- **Intervención multifamiliar:** en sesiones que pueden ser educativas y/o terapéuticas.
- **Tratamiento psiquiátrico:** cuando hay comorbilidad o secuelas psicopatológicas.
- **Intervención sociolaboral:** mediante asesoramiento continuo.
- **Evaluación continua:** previa (ver diagnóstico), intraprograma, seguimiento post-alta.

## 6. DESINTOXICACIÓN Y TRATAMIENTO MÉDICO

Se efectúa un estudio del nivel adictivo (CIWA o similar) para prever el grado de alcoholización y la trascendencia de la privación. Si la previsión es grave se indica una desintoxicación hospitalaria; cuando el estado psicológico y el estudio previo así lo indican, se inicia una desintoxicación con las siguientes medidas:

- Exploración funcional que permita determinar el grado mínimo eficaz de la *motivación* y posición activa del sujeto desde el primer día (si no es así no se procede).
- Evaluación previa que incluya como mínimo las siguientes determinaciones analíticas: *Hemograma completo* con vcm (volumen corpuscular medio). *Bioquímica de sangre*: glucemia, creatinina, uricemia, colesterol, triglicéridos, transaminasas (got y gpt) y ggt, cdt (transferrina deficiente en carbohidratos). *Orina*: sistemático y sistémico.
- Medidas de orden general e higiénico dietético: Durante los 10-15 primeros días se debe garantizar una ingesta hídrica suficiente para neutralizar la diaforesis y garantizar el equilibrio hidroelectrolítico, prescribiéndose asimismo una dieta (sin grasas ni nutrientes hepatotóxicos) a base de verduras, fruta fresca de temporada, legumbres sin grasa, cereales, carnes y pescados a la plancha o sencillamente condimentados. En general, comidas normales, equilibradas y digestivas. Se intenta que el paciente haga ejercicio de forma moderada pero activa y siempre acompañado de alguien de confianza que le proporcione apoyo anímico.
- Tratamiento médico de desintoxicación: Se basa en tres ejes:
  1. **Reajuste somático** si el sujeto lo precisa, con aporte vitamínico y hepatoprotección.
  2. **Tratamiento ansiolítico del síndrome deprivativo**, incluyendo la recuperación del ritmo sómnico normal. Solemos emplear benzodiazepinas de vida media larga como el diazepam y cloracepato o clordiazepóxido a dosis moderada en tres o cuatro tomas. Por el contrario, para inducir el sueño recurrimos al zolpidem, zopiclona o benzodiazepinas de vida media corta-media como el loracepam o el lormetazepam.
  3. **Tratamiento coadyuvante en función de cada caso**: antidepresivos y eutimizantes si surgen procesos depresivo- reactivos; fármacos anticraving si aparece anhelo compulsivo de beber; neurolépticos si aparece sintomatología psicótica o antisocial relevante, anticomiciales si aparecen crisis convulsivas y nolotropos (que no utilizamos por8

parecernos poco eficaces) si presenta confusión mental o trastornos de la atención y memoria.

- Medidas psico y socioterápicas: La intervención psicoterápica en esta etapa es todavía embrionaria ya que, por un lado, ni el paciente está plenamente consciente, ni es oportuna una intervención muy diferenciada. Se procurará motivar y animar al paciente a proseguir en el importante paso que ha dado, reforzando su decisión e implicando a la familia (si es posible).

## 7. DESHABITUACIÓN

La deshabituación es el tratamiento curativo por antonomasia, entendiendo *curación* como un comportamiento abstinentes dentro de un marco de calidad de vida y sano y el (re)establecimiento de relaciones sociofamiliares y familiares con recuperación de la salud hasta donde sea posible. Todo ello tanto como sensación subjetiva como evidencia objetiva de mejoría.

Dura entre 3 y 6 meses, con salidas programadas y estancias intermitentes de 5 días donde ir efectuando trabajo sobre áreas básicas y afrontar más decididamente el plano de la dependencia (y bidependencia), de los estímulos condicionados, autoestima, etc.

El plan de tratamiento debe ser individualizado y contemplar la interacción de todos los factores que se dan en el proceso de recuperación: tanto a nivel de cualidades particulares del individuo (personalidad, grado de severidad...) como a nivel de integración de las técnicas y filosofías terapéuticas posibles.

## 8. PSICOTERAPIA INDIVIDUAL.

La intención primordial es dotar de estrategias y habilidades a los pacientes, reestructurando la visión consumofílica y su relación con el alcohol y orientándoles hacia la abstinencia y la calidad de vida. Cada paciente alcohólico tiene un terapeuta asignado que será quien supervise su evolución y dirija su psicoterapia individual, pero siempre dentro de un proceso terapéutico conjunto. Para que la terapia individual resulte efectiva debe abarcar las siguientes dimensiones:

- ✓ Dimensión adictológica
- ✓ Dimensión estructural
- ✓ Dimensión psicoeducativa

## 9. INTERVENCIÓN GRUPAL

Aunque resulta lógico que se asocie inmediatamente intervención grupal con terapia de grupo, la terapia de grupo conforma sólo una parte del abordaje grupal dentro de una planificación terapéutica que pretenda ofrecer respuestas holísticas a un fenómeno que también resulta serlo (tal es el caso de la adicción al alcohol). Las actividades de este nivel atienden al repertorio de elementos psicológicos que comparten (de forma análoga o antagónica) los sujetos en tratamiento, por ejemplo la historia de vida con episodios afines, actitudes (complementarias o diversas,).

Resulta fundamental incluir a estos pacientes en grupos heterogéneos, adiestrándoles para que actúen homeostáticamente y facilitando así la interacción con otras personas y la existencia de refuerzo externo. Se busca con ello proporcionarles un espacio donde aprendan a identificar, a expresar y compartir contenidos íntimos (incluidos los síntomas propios del trastorno) desde la normalidad y la tranquilidad.

Es importante que el sujeto adquiera cuanto antes pleno sentido de sus responsabilidades consigo mismo y con los demás, tomando conciencia de lo que está haciendo y hasta dónde puede llegar. Para conseguir el objetivo anterior, se deben asignar a cada paciente tareas progresivamente complejas que pasen de ser supervisadas y modificadas por el equipo técnico a serlo por el propio grupo.

Aparte de lo ya citado, la terapia de grupo desarrolla la capacidad empática y vincular con los otros (aspecto fundamental en pacientes que sufren este tipo de trastornos) y ayuda a generalizar y poner en práctica lo trabajado en la psicoterapia individual.

## 10. INTERVENCIÓN PSIQUIÁTRICA

Indicada en las complicaciones psicopatológicas propias de la enfermedad alcohólica (agudas, subagudas y crónicas) y en trastornos asociados, que se ven agravados por el alcoholismo. Repasemos algunas de las complicaciones psiquiátricas más frecuentes y su tratamiento farmacológico:

- **Trastornos agudos:** Respecto a los delirium tremens y síndromes de abstinencia agudos ya se trataron suficientemente en el apartado de desintoxicación. Cabe mencionar ahora la *embriaguez patológica* (reacción psicopatológica aguda y por lo común agitada ante consumos incluso escasos de alcohol) y los *estados crepusculares* post-ingesta o episodios de pérdida de consciencia con actuación automática durante horas o días durante los que la persona deambula y realiza actos de los que no es consciente y pueden suponerle problemas incluso legales. Ambas patologías tienen que ver con factores de vulnerabilidad individual, requieren una deshabitación con<sup>10</sup>

supresión absoluta e inmediata de la ingesta alcohol, por más que el individuo diga que apenas bebe. Estas personas jamás pueden tomar alcohol por el riesgo antes referido.

- **Trastornos subagudos y crónicos:** Dentro del ámbito psicótico citamos las alucinosis alcohólicas, los trastornos psicoorgánicos encefalopáticos como la psicosis de Korsakov y ciertos procesos paranoides crónicos, como la celotipia y la propia psicosis paranoide. Más del 60% de pacientes padecen trastornos psiquiátricos asociados, de los cuales, excluyendo los que pudiéramos considerar menores (como los trastornos adaptativos y de ansiedad que sumados suponen un 20%), restan un 40% con trastornos de envergadura (depresión, trastornos de la personalidad, psicosis, etc.). A todos ellos se les proporciona un abordaje agudo a base de derivados butirofenónicos (triperidol o haloperidol). Si presentan comportamientos agresivos puede asociarse clotiapina en una o dos tomas a dosis bajas. Si tienen ansiedad puede sustituirse la clotiapina por derivados benzodiacepínicos. Si no muestran comportamiento agresivo pero se encuentran irritables o huraños, puede sustituirse la clotiapina por tioridazina o perfenazina a dosis bajas (no utilizamos levomepromazina por provocar embotamiento).
- Los **trastornos afectivos** no son más frecuentes en el alcohólico que en la población normal, si bien se suelen presentar síndromes depresivo - reactivos o trastornos adaptativos hipotímicos que inducen a confusión. Estos procesos remiten bastante bien dentro del propio marco psicoterapéutico. Se puede complementar el tratamiento prescribiendo tricíclicos o tetracíclicos a dosis bajas entre uno y tres meses (utilizamos amoxapina o clorimipramina). En nuestra experiencia, los ISRS, aunque algo más rápidos, resultan menos eficaces ya que tienen efecto fadding (pérdida de efectividad), revierten peor la constelación sintomática y son mucho más caros. Siempre hay que garantizar que la persona duerma bien y no está tensa durante el día para lo que es conveniente asociar benzodiacepinas poco hipnóticas durante el día como el alprazolam o el bromazepam, administrando por la noche zolpidem o benzodiacepinas hipnóticas como midazolam, fluracepam o emplear lorazepam a dosis bajas por el día y medias por la noche.
- **Trastornos psicopatológicos asociados** o que precisa especiales cuidados y requieren un tratamiento psicológico y/o psiquiátrico concomitante como las depresiones severas, psicosis, caracteropatías de tipo antisocial y otros procesos pueden descompensarse gravemente con la ingesta etílica. El tratamiento no difiere del que los sujetos seguían convencionalmente antes de complicarse con el alcohol pero hay que adoptar más precauciones, sobre todo al principio, para garantizar la abstinencia. La evolución ulterior, si bien requiere un abordaje más delicado y profuso, suele ser casi tan favorable como la de los pacientes sin trastornos añadidos.

## 11. PLAN DE TERAPIA FAMILIAR Y SOCIORRELACIONAL

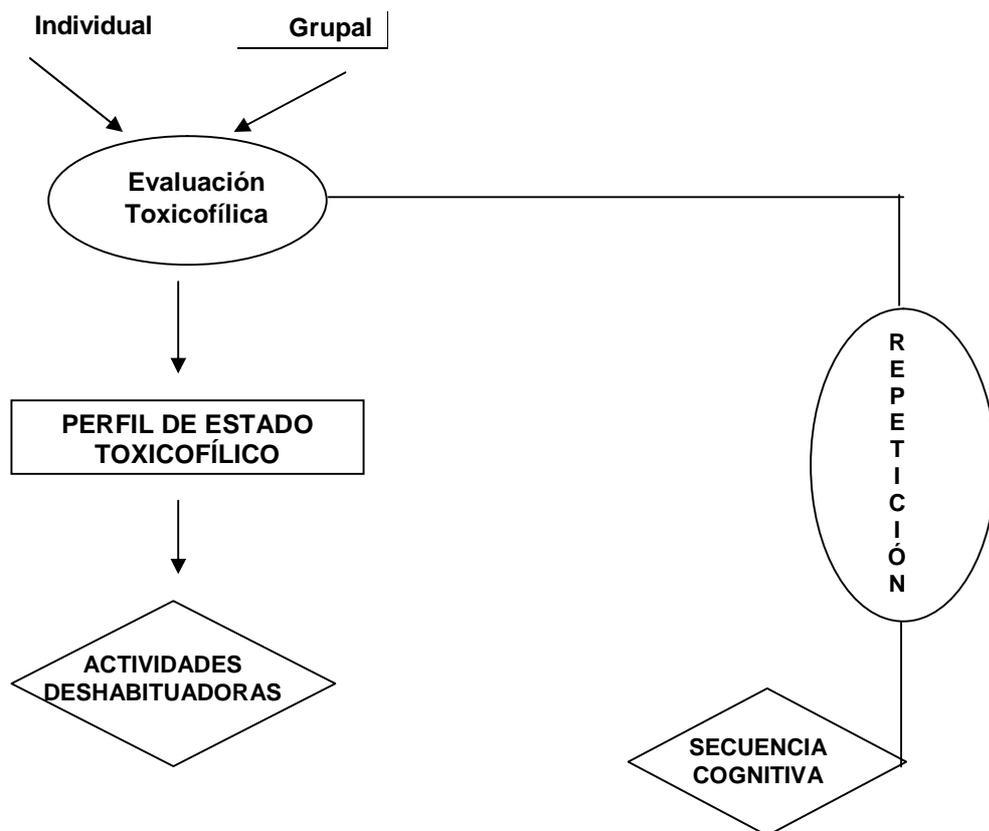
Se realizan dos tipos de intervenciones: **unifamiliar**, donde se concretan pautas de actuación ajustadas a cada caso concreto y **multifamiliar**, en forma de sesiones de tipo mixto (terapéutico-educativas) que se celebran con una periodicidad quincenal.

## 12. REPERTORIO DE ACTIVIDADES

- ✓ **Funcionales:** Dirigidas más a las áreas funcionales de la persona que a las afectivo-emocionales. Atienden a los niveles de responsabilidad, ejecución de tareas concretas, organización, cooperación.
- ✓ **Psicoeducativas:** Se refieren a las áreas de la identificación, comprensión y aprendizaje de nuevas formas de interacción y estilos de vida a través de la reeducación y el entrenamiento de habilidades sociales tanto de decisión (una vez identificado el problema) como de codificación. Sirven para orientar, dar seguridad y adquirir conocimientos teórico-prácticos sobre la adicción y sus problemas asociados en una primera etapa y para el análisis y ulterior reestructuración de aquellos aspectos psicosociales más íntimamente vinculados a la drogodependencia en etapas posteriores.<sup>1</sup>
- ✓ **Estructurales:**
  - ◇ Estructurales Monográficas: atienden al repertorio personalizado de elementos psicológicos a considerar (asertividad, autoestima, autocontrol, etc.), en definitiva al análisis de un/as área/s de la persona.
  - ◇ Estructurales grupales: El contenido de las mismas versará sobre: entrenamiento en asertividad (con frecuencia los pacientes alcohólicos tienen dificultades con la aserción positiva), control de la agresividad, estrategias para vencer la presión grupal, afrontamiento ante el deseo irresistible de consumo (craving), resolución de conflictos relacionales, regulación de la autoestima, aprender a manejar creencias irracionales sobre el consumo de alcohol, planificación y estructuración del tiempo libre. Las sesiones incluirán como recursos técnicos: instrucción, modelado, ensayo de conducta y/o psicodrama, retroalimentación, refuerzo y asignación de tareas para casa. En sesiones posteriores se añade revisión de tareas y sugerencias.
- ✓ **Observacionales:** Atienden tanto al plano del análisis y adopción de medidas, según proceda, de la trayectoria y adecuado progreso en el programa como a la verificación de la cobertura de éstas.

- ✓ **Adictolíticas:** Implican un *Programa de prevención de recaídas* dirigido a que le sujeto comprenda, analice su problema con el alcohol e identifique qué situaciones, pensamientos y estados emocionales pueden acercarle al consumo y cómo afrontarlos adecuadamente. La capacidad de afrontamiento de las situaciones de riesgo es un factor muy importante en la prevención de la recaída y junto al cambio de estilo de vida y a la concienciación constituyen una tríada de PR.

De forma gráfica, tendríamos:

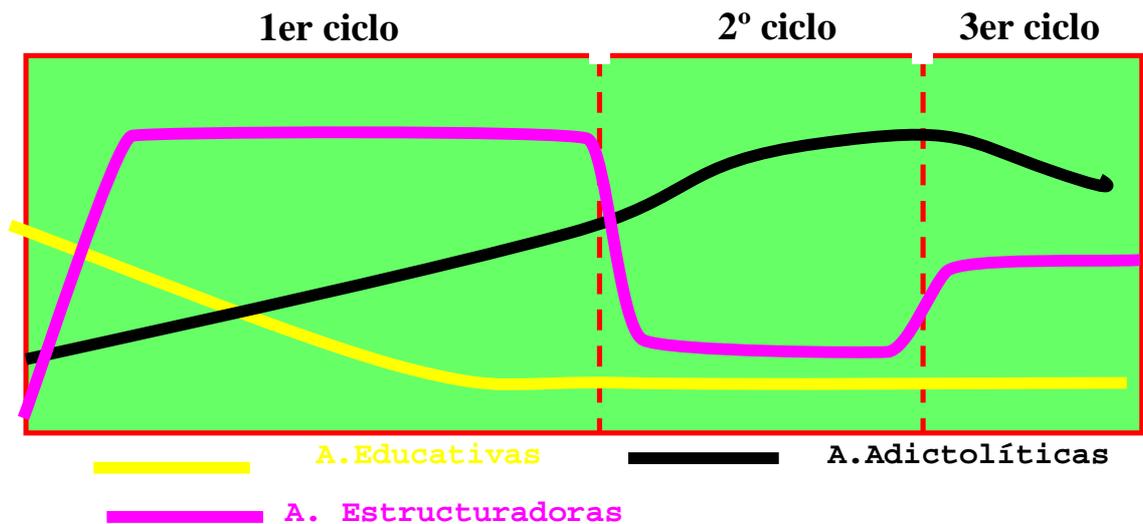


- ✓ **Ocupacionales:** Orientadas fundamentalmente a trabajar aspectos deteriorados en el alcohólico tales como la constancia, fuerza de voluntad, tolerancia a las frustraciones, responsabilidad, etc.
- ✓ **Formativas y culturales:** En primera instancia las actividades formativo - culturales se limitan a un nivel básico o un horario ligero toda vez que la capacidad comprensiva/aprehensiva está disminuida como secuela inmediata del todavía reciente consumo de alcohol. Ulteriormente se progresa y profundiza hasta que la capacidad amnésica y cognitiva es satisfactoria.
- ✓ **Lúdicas:** Destinadas a la enseñanza de estrategias para la adecuada<sub>13</sub>

planificación del ocio y tiempo libre así como la puesta en práctica de diferentes actividades de ocio para posibilitar alternativas adecuadas de ocupación del tiempo, así como motivar. Consideramos que el ocio y tiempo libre necesariamente deben estar bien utilizados so pena de involucionar.

- ✓ **Deportivas:** Son un complemento indispensable para mantener un cuerpo sano y recuperar la energía vital frente a la actitud apática y pasiva. La actividad deportiva ayuda a establecer hábitos saludables de vida y reconstruye el autoconcepto mediante la atención y el cuidado de las propias necesidades corporales, además de fomentar el espíritu de grupo y la interacción personal.

### Evolución temporal de las actividades según el ciclo terapéutico



### 13. REPERTORIO CRONOLÓGICO DE LA PSICOTERAPIA GRUPAL

Actividades	1er ciclo	2º ciclo	3er ciclo
Dinámica de grupos (estilo) *	+++ (más dirigido)	+++ (menos dirigido)	+++ (más pautado)
Autoanálisis (contenidos)	+++ (escrito)	+++ (escrito)	+++ (verbal)
Autorregistro	+++ agenda básica	+++ agenda SIRSS	+++ verbal o SIRSS
Subprograma de prevención	++ aspectos inmediatos	++ aspectos mediatos	+ aspectos concretos
Educación sanitaria	++ alcoholismo y AA BB adictivas	+ Resto de temario educación sanitaria	monográficos
Sesiones especiales psicoterápicas	AMP	AGP	AMP AGP

## 14. EVOLUCIÓN DEL CAMBIO PSICOLÓGICO EN EL ALCOHÓLICO

Actuación	1er ciclo	2º ciclo	3er ciclo
Estructural	Grandes e inestables cambios (Re) organización (Re) elaboración	Cambios menos vistosos pero más estables	Redescubrimiento o aparición de nuevos cambios
Adictológica	Contención abstinencia Intervención básica Abstinencia heterocontrolada	Mayor grado de diferenciación Abstinencia autocontrolada	Automatización de la abstinencia Prevención contingencias